

**D.E.V.E.A.T.O.S.S.E.**

1<sup>er</sup> BUREAU

Personnels de laboratoire et TOS autres que ceux en EPLE

2<sup>ème</sup> BUREAU

Personnels administratifs, sociaux et de santé

BUREAU DE L'ENCADREMENT

Personnels de Direction, d'inspection, CASU

**DEMANDE D'EXERCER A TEMPS PARTIEL**

**IDENTIFICATION**

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

GRADE : .....

ETABLISSEMENT : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE**

> Avez-vous l'intention de déposer une demande de mutation pour la prochaine rentrée scolaire ? (1)

OUI  NON

> Temps partiel sollicité  Temps partiel de droit (Joindre justificatifs)

et  50 %  60 %  70 %  80 %

Quotité demandée (1)  Temps partiel sur autorisation

50 %  60 %  70 %  80 %  90 %

(les agents comptables sont admis aux seules quotités de 80 ou 90 %)

> Durée : ..... Date de début : .....

(1) Cocher la case correspondante

> Demandez-vous qu'une retenue supplémentaire (surcotisation) soit effectuée pour que la période à temps partiel soit assimilée à une période à temps plein en vue de la liquidation de votre pension ? (uniquement pour Temps partiel sur autorisation)

Répondre par oui ou par non

**Date et signature de l'Intéressé(e) :**

**AVIS DES SUPERIEURS HIERARCHIQUES**

Avis du Chef de service immédiat  FAVORABLE  DEFAVORABLE

A ..... Le .....  
Signature

Avis de l'autorité chargée de l'établissement ou du service  FAVORABLE  DEFAVORABLE

Dans l'hypothèse d'un avis défavorable, énoncez les motifs (dans les conditions définies par la Loi n° 79-587 du 11 Juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs) :

.....  
.....

Avez-vous exposé ces motifs à l'intéressé(e) au cours d'un entretien ?  OUI  NON

A..... Le..... Signature

**VISA DE L'AUTORITE CHARGEE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE RELATIF AU TEMPS PARTIEL DE DROIT**

Commentaire éventuel

A .....

Le .....

Signature :